



Ateneo Anátomo-Clínico

Dra. Döppler, María Eugenia
Residencia de Cardiología
Hospital Dr. Cosme Argerich

Paciente: F.N.

Edad 69 años

Sexo: Masculino

Ingreso: 10/08/2017

Óbito: 14/08/2017

Motivo de consulta

Disnea, edema de miembros inferiores y oliguria

Enfermedad actual

Paciente de 69 años que consulta el 08/08/17 a la guardia externa de este hospital por cuadro de un mes de evolución de disnea CF III/IV, tos y oliguria. Agrega en las dos semanas previas a la consulta edemas en miembros inferiores. A su ingreso a la guardia se constatan signos de insuficiencia cardíaca descompensada. Se realiza ECG que evidencia ritmo auricular multifocal con salvas de taquicardia auricular. Se interpreta el cuadro como insuficiencia cardíaca descompensada y se inicia tratamiento diurético con furosemida EV.

El 10/08/17 se decide su internación en sala de cardiología para diagnóstico y tratamiento.

- **Antecedentes de enfermedad actual**

- MCPD diagnosticada en contexto de estudios pre quirúrgicos en 2017 de etiología desconocida por mala adherencia al control clínico

- **Factores de riesgo cardiovascular**

- Obesidad
- HTA no controlada
- Ex TBQ de 96 pack/year

- **Medicación habitual**

- No refiere toma de medicación

Estudios previos

- **Holter 10/05/17**

Ritmo sinusal permanente. FC promedio 71 lpm. Extrasistolia supraventricular, aislada, poco frecuente. Extrasistolia ventricular bimorfa, aislada, frecuente. Escasas duplas, episodios de bigeminia y trigeminia.

- **Ecocardiograma 26/06/17**

DDVI 69 mm. DSVI 57 mm. SIV 13 mm. PP 11 mm. FAC 17%.

AI moderadamente dilatada. Área 34 cm²

FEY con deterioro severo.

Hipoquinesia global severa.

Cavidades derechas dilatadas. AD área 28 cm². Deterioro severo de la función VD.

Esclerosis valvular aórtica con IAo leve.

IM leve.
VCI dilatada sin colapso.

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO A SALA – 10/08/17

TA: 140/80 <u>mmHg</u>	FC: 70 <u>lpm</u>	FR: 18 <u>cpm</u>	T: 36 °C	Peso 116 kg Talla 172 cm	IMC 39,21 kg/m ²
------------------------	-------------------	-------------------	----------	-----------------------------	--------------------------------

Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, ingurgitación yugular 2/3, con colapso inspiratorio y RHY positivo. R1 y R2 en 4 focos normofonéticos, silencios libres, sin R3 ni R4, choque de punta en 5° espacio intercostal izquierdo, línea axilar anterior. Pulsos periféricos conservados y simétricos. Edemas en miembros inferiores 4/6.

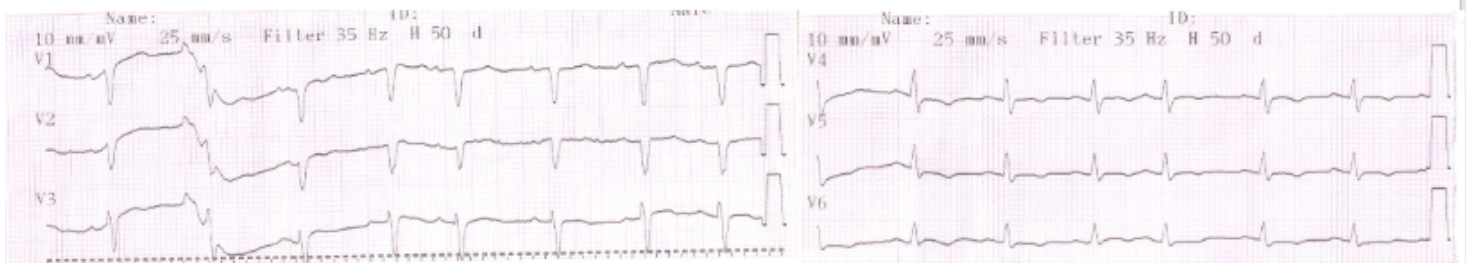
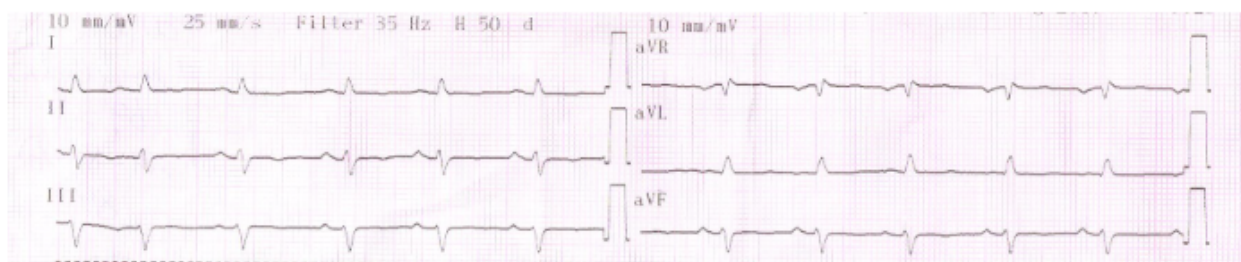
Ap. Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, sonoridad a la percusión, vibraciones vocales disminuidas, buena entrada de aire bilateral, murmullo vesicular presente, rales crepitantes bibasales.

Abdomen: Globoso, blando, depresible, indoloro, RHA positivos .

Neurológico: Lúcido, sin signos de foco motor ni signos meníngeos.

ECG FN al ingreso a sala 10/08/17

Evolución en sala de cardiología - 10/08/17 al 12/08/17



En sala de cardiología evoluciona estable, con signos de sobrecarga hídrica, por lo que continúa en tratamiento con diuréticos EV. Se inicia tratamiento médico con aspirina 100 mg/d, espironolactona 25 mg/d y enalapril 5 mg cada 12 hs.

El 11/08 se realiza ecocardiograma.

ECOCARDIOGRAMA - 11/08/17

DDVI:	DSVI:	FEY:	SIV:	PP:
76 mm	69 mm	21%	12 mm	12 mm

- Incremento del diámetro y volumen VI.
- Severo deterioro de la función sistólica del VI con hipoquinesia.
- Hipertrofia excéntrica del VI.
- Impresiona hipertrofia apical (máx espesor 14,4 mm).
- Dilatación auricular izquierda.
- Dilatación del VD, con deterioro de la función. TAPSE 19 mm, onda S tisular VD 0,09 m/s.
- Ausencia de colapso inspiratorio de VCI.
- IM leve, IT leve a moderada.

Evolución en sala de cardiología -10/08/17 al 12/08/17

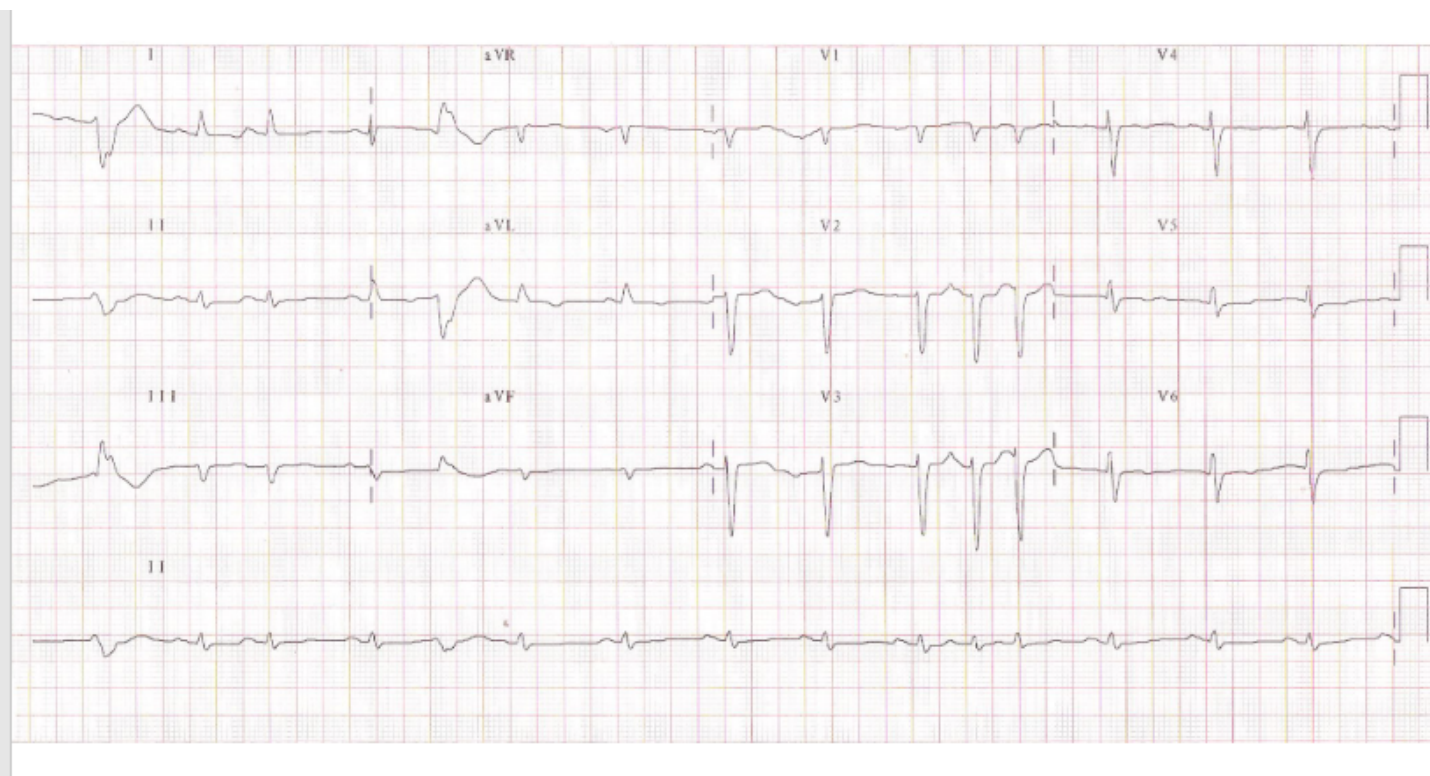
El 12/08 se acude a llamado de enfermería por disnea súbita. Al examen físico se constata paciente taquipneico (FR 25 cpm), TA 100/60 mmHg, FC 100 lpm, saturando 82% al aire ambiente. Presenta regular mecánica ventilatoria, con uso de prensa abdominal y roncus diseminados en ambos campos pulmonares.

En piel presenta lesiones de tipo urticarianas generalizadas, a predominio de tronco y rostro y edema bpalpebral.

Se interpreta como posible reacción alérgica y se indica tratamiento con hidrocortisona y antihistamínicos EV, NBZ y oxígeno.

Evoluciona de forma desfavorable, con deterioro del sensorio, progresión de la disnea e hipotensión por lo que se decide su pase a UCO.

ECG FN al ingreso a UCO – 12/08/17



Evolución en uco – 12/08/17 al 14/08/17

El paciente evoluciona con mala mecánica ventilatoria, signos de broncoobstrucción respiratoria y desaturación. Se realiza VNI sin éxito y por deterioro del sensorio se procede a intubación orotraqueal, la cual resulta dificultosa por marcado edema de mucosa oral y lingual.

Se interpreta cuadro como angioedema con posible shock anafiláctico. Se inicia tratamiento con adrenalina intramuscular, expansión con cristaloides, y, por persistencia de la hipotensión, se inicia infusión de noradrenalina EV.

El paciente evoluciona con requerimiento de dosis crecientes de vasopresores y deterioro progresivo de la PAFI. Presenta deterioro del ritmo diurético, por lo que se inicia tratamiento con furosemida en bomba de infusión EV.

El 14/08 evoluciona con bradicardia extrema con disociación electromecánica. Se realizan maniobras de RCP, evolucionando con TV/FV refractaria. Posteriormente presenta asistolia, constatándose óbito a las 7:00 hs.

LABORATORIOS

Determinación	08/08/17	10/08/17	12/08/17	13/08/17
Hto/Hb	42/13,6	43/13,8	44/14,5	42/13
Leucocitos	13.400	13.800	11.800	14.200
Plaquetas	166.000	184.000	216.000	225.000
Glucosa	131	185	112	153
Urea	58	86	83	96
Creatinina	0,97	1,2	1,16	1,17
Na/K/Cl	137/3,9/93	138/3,2/94	135/4/91	140/5,2/96
EAB	7,38/50/30/4		7,36/54/57/30/ 3,4/88%	7,20/75/64/29/ -1,1/86%
TP/kPTT/RIN	57,6/33/1,42		68/33/1,25	61/34/1,36
BT/BI/GOT/GPT	1,75/1/25/29		1,67/0,88/ 32/25	1,15/0,8/17/18
Serología Chagas	Negativa			